N° 39

DES
VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES
DU PHARYNX NASAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 1er AOUT 1885

PAR

Paul FABRE

Né à Carcassonne (Aude)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES
RUES DURAND ET LEVAT

1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... Doyen
GRASSET..... } Assesseurs
LANNEGRACE..... }

PROFESSEURS

Clinique médicale	DUPRÉ (✵ C. ✠).
Anatomie	BENOIT (✵ ✠).
Clinique médicale	COMBAL (✵ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER (✵).
Physique médicale	MOITESSIER (✵).
Anatomie pathologique et histologie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✵).
Chimie médicale et Pharmacie	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Pathologie interne	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON (✵ ✠).
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale Chargé du cours,	SERRE.
Opérations et appareils id.	CHALOT.
Pathologie externe	N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✵ ✠).
Professeurs honoraires : MARTINS (O. ✵), COURTY (✵), DUMAS (✵).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilit. et cutan.	GAYRAUD
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✵).

AGRÉGÉS

Messieurs	Messieurs
JACQUEMET.	MOSSÉ (✵).
GRYNFELTT.	REGIMBEAU (✵).
De GIRARD.	TÉDENAT.
SERRE.	BLAISE
CARRIEU.	BAUMEL.
MAIRET.	VILLE
CHALOT.	GRANEL.
BIMAR.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JAUMES, *Président;*
CHALOT, *Professeur;*
JACQUEMET } *Agrégés.*
MOSSÉ }

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MES FRÈRES

A MA MÈRE

A MON ONCLE

Curé - doyen de Montréal (Aude)

A MES GRANDS PARENTS

A TOUS MES PARENTS

P. FABRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur JAUMES

A MES MAITRES

A MES AMIS

P. FABRE.

INTRODUCTION ET DIVISION

Nous ne pouvons nous empêcher, en commençant ce modeste travail, d'exprimer nos remercîments à nos Maîtres, et en particulier à M. le docteur Tédenat, professeur agrégé à la Faculté. C'est lui qui nous a donné la première idée de traiter ce sujet ; nous sommes heureux de pouvoir le remercier ici de l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

M. le professeur agrégé Pécholier a bien voulu nous donner aussi quelques leçons de cette pratique médicale dans laquelle il excelle ; qu'il nous soit permis de lui exprimer notre reconnaissance.

Nous devons aussi ne pas oublier notre ami le docteur Gerbaud, chef de clinique, qui a été notre initiateur à cet art difficile des accouchements, pour lequel un médecin doit avoir tant de sang-froid et de science.

Enfin, il serait mal à nous de ne pas remercier le docteur Rouquette, qui a bien voulu nous confier sa clientèle et qui nous a jugé digne d'être son successeur auprès d'elle.

Voici le plan que nous adoptons dans cette étude :

Chapitre I. Anatomie de la région.
— II. Historique.
— III. Anatomie pathologique.
— IV. Etiologie et Symptomatologie.
— V. Diagnostic et Pronostic.
— VI. Traitement.
— VII. Observations.
— VIII. Conclusions.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0116

DES

VÉGÉTATIONS ADÉNOÏDES

DU PHARYNX NASAL

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

Situé en arrière de l'ouverture postérieure des fosses nasales et de la cavité buccale d'une part, suspendu à la base du crâne par sa partie supérieure, se terminant dans l'œsophage après avoir franchi l'ouverture supérieure du larynx d'autre part, le pharynx forme une gouttière intermédiaire où se confondent les organes digestifs et les organes respiratoires à leur partie supérieure ; sorte de carrefour où semblent se mêler les deux fonctions essentielles à l'entretien de la vie.

Des quatre orifices qu'il présente, deux appartiennent à l'appareil digestif, deux à l'appareil respiratoire. L'axe qui passe par le centre des deux premiers se dirige de haut en bas et d'avant en arrière ;

pour les deux autres, il se dirige de haut en bas, mais d'arrière en avant, de telle sorte qu'ils forment un X à branches très rapprochées.

Au point de vue purement anatomique, le pharynx est divisé en trois parties :

1° L'une supérieure, s'étendant jusqu'au voile du palais, que l'on désigne sous le nom de portion nasale ou arrière-cavité des fosses nasales, longue de 2 centimètres et demi ou 3 centimètres environ en avant et de 5 en arrière. C'est cette partie qu'il nous est le plus important de connaître pour cette étude.

2° L'autre, moyenne, étendue des piliers postérieurs du voile du palais à l'os hyoïde : c'est la portion buccale ou arrière-cavité de la bouche de quelques auteurs ; elle mesure 4 à 5 centimètres environ.

3° Enfin, la partie inférieure ou laryngienne.

De telle sorte qu'en coordonnant ses diverses mensurations, le pharynx possède en longueur 14 à 15 centimètres à l'état de repos, dimensions qui diminuent, surtout pour la portion moyenne, soit dans la phonation, soit surtout dans la déglutition.

Le diamètre transverse du pharynx nasal atteint sa plus grande largeur au niveau de la trompe d'Eustache, 4 1/2 à 5 centimètres ; 4 centimètres seulement au-dessous. Le diamètre antéro-postérieur n'a que 2 centimètres.

La face postérieure est appliquée au-devant des vertèbres cervicales, dont elle est séparée par les muscles prévertébraux et l'aponévrose prévertébrale; de plus, entre cette aponévrose et la face postérieure de l'organe, se trouve interposée une couche celluleuse très lâche, espèce de séreuse rudimentaire qui isole l'organe et lui permet d'osciller dans tous les sens, fait que la pathologie confirme tous les jours ; car, sous l'influence de causes très diverses, cette couche cellulaire s'enflamme, le pharynx perd sa mobilité, accident qui entraîne une dysphagie plus ou moins intense, plus ou moins gênante.

Arrivons à la surface interne. Les portions latérales présentent le pavillon de la trompe d'Eustache, situé de chaque côté de l'orifice

postérieur des fosses nasales, qui sont elles-mêmes en avant. En bas, le voile du palais, qui prend différentes positions et tend à fermer, à certains moments, le cavum nasal ; enfin, à la partie postéro-supérieure, un organe formé par une agglomération de glandes dont la structure sera décrite un peu plus loin.

Muqueuse. — La muqueuse tapisse cette cavité en se continuant jusque dans les trompes et dans les fosses nasales. Elle est pourvue d'une quantité considérable de glandes qui affectent deux types principaux : les glandes en grappe, les moins nombreuses, formées d'acini assez analogues à ceux des glandes salivaires, et enfin de follicules clos, organes lymphoïdes, analogues par leur structure à ceux de l'amygdale. Ce sont ces glandes qui sont le siège de l'affection dont nous avons à nous occuper ; qu'il nous soit permis de les étudier un peu en détail.

« Le tissu adénoïde de His, cystogène de Kolliker, dit M. Tédenat (*Montpellier médical*, 1882), est abondamment répandu dans la muqueuse du pharynx ; il forme presque en entier celle qui tapisse le cavum rétro-nasal. Dans toute son étendue, il se compose d'un réticulum à nœuds fertiles, à mailles remplies de cellules lymphoïdes, de nombreux capillaires sanguins et lymphatiques. En une foule de points, ce tissu se condense en follicules clos typiques, solitaires ou agminés. » Ce sont ces derniers qui, par leur agglomération, leur disposition particulière à la voûte du pharynx, prennent un aspect semblable à celui de l'amygdale, que les auteurs ont appelés la muqueuse de cette région : tonsille pharyngienne ou glande de Luschka.

La glande de Luschka est formée exclusivement de tissu adénoïde ; son aspect est rosé, irrégulier ; elle est parcourue de fissures ou lacunes analogues à celles de l'amygdale, dont les unes sont verticales et parallèles, quelques-unes plus superficielles et perpendiculaires aux premières, ce qui lui donne un aspect frangé et irrégulier. Elle se continue sur les côtés par un grand nombre de follicules clos qui

s'étendent, sur les côtés, aux environs des trompes, en avant, au dessus du rebord des choanes.

En arrière de la glande de Luschka existe une dépression dont parle Meyer ; il l'appelle bourse pharyngienne. Elle se continue jusque dans le périoste de l'apophyse basilaire, où elle se termine en pointe. Revêtue du même épithélium cilié que le reste de la muqueuse, elle est souvent le siège d'inflammation chez l'adulte.

M. Tédenat explique d'une manière très claire la formation de cette bourse :

« Sur les embryons de mammifères, au moment où va commencer la flexion crânienne, dit-il, on voit le fond supérieur du pharynx en diverticule creux à travers la base du crâne. Vers le cerveau, le prolongement passe entre la partie sphéno-ethmoïdale et la partie sphéno-occipitale, qui, encore peu développées et sans connexion entre elles, sont à peine marquées par un léger épaississement du tissu fibreux limitant la cavité crânienne. La notocorde est à ce point tangente à la paroi postérieure du diverticulum pharyngien, qui, un peu au-dessous de son extrémité, porte un bourgeon creux destiné à former, d'après Séessel, la tonsille pharyngienne. Un peu plus tard le sphéno-ethmoïdal et le sphéno-occipital se développent l'un vers l'autre et se soudent. Alors la partie supérieure du diverticulum pharyngien est incluse dans la cavité crânienne, où elle forme l'hypophyse (portion lymphoïde du corps pituitaire), la partie inférieure constitue la bourse pharyngienne. »

La bourse pharyngienne renferme d'ailleurs elle-même de ce tissu réticulé, qui abonde dans toute cette région et qui est le siège exclusif de cette affection dont nous allons parler, les végétations adénoïdes du pharynx nasal.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Les végétations adénoïdes du pharynx nasal n'ont guère été recherchées par les cliniciens avant Kzermak, inventeur du pharyngoscope. Leurs symptômes avaient toujours été confondus avec ceux de l'hypertrophie des amygdales, quoiqu'elles puissent exister sans hypertrophie de ces glandes. Kzermak, en appliquant son instrument, découvrit, en 1860, chez un de ses malades, deux petites tumeurs qui occupaient la voûte du pharynx. Ce sont probablement les premières qui aient été décrites.

Cinq ans plus tard, Voltolini (1865) aperçut des tumeurs adénoïdes en appliquant le rhinoscope sur un homme de quarante ans qui se plaignait de surdité. Il obtint une amélioration par le traitement.

La même année, Lœwemberg publia trois cas. Enfin, en 1868, Wilhem Meyer (de Copenhague) publia une description complète de cette affection. C'est lui qui leur a donné le nom de végétations adénoïdes. Voici ce qu'il dit à cet égard : « La muqueuse du pharynx nasal présente un intérêt particulier. C'est le terrain propre de végétations adénoïdes, etc... » Dans une statistique faite sur deux mille

enfants, il arriva à les découvrir dans la proportion de 1 pour cent. Avant lui cependant, Türk et Smeleder les avaient entrevues.

Une courte étude fut faite et présentée, en 1875, par Guye (d'Amsterdam) au congrès de Bruxelles. En 1876, Carl Michel (de Cologne) en avait observé vingt-deux cas. En 1879, Victor Lange (de Copenhague) publia une courte note sur une modification opératoire du procédé de Meyer.

La même année, une excellente étude fut faite par Solis Cohen. (*Diseases of the throat and nose*, New-York, 1879.)

Lœwemberg en fit, cette année-là, une excellente monographie qui avait déjà été précédée de plusieurs articles dans la *Gazette des hôpitaux* (mai, juin, juillet 1878). Enfin, en 1881, il compléta l'étude symptomatologique de cette affection. (Congrès international de Londres 1881.)

En même temps, Tauber (de Cincinnati), Capart (de Bruxelles), Woakes, s'étaient occupés de cette question. A Paris, Dubief (*Thèse de Paris*, 1878). En Allemagne, Kohle *(Hyperplasticher Kattarh der Nasenrachen)*, Wend *(in Ziemssen)*, Zaufa *(in Prager medic. Wocheschrift,* 1877).

Depuis, Bosworth (de New-York), 1881. Schalle (de Hambourg), 1882. Creswell Baber (de Londres) *(British medic. journ.*, 1882). En France, la thèse de Peysson, 1883, l'étude microscopique par Cornil *(Journal de l'anatomie et physiologie)*, M. Tédenat *(Montpellier médical*, 1882).

Nous avons tâché de réunir les opinions de ces différents auteurs et de nous faire ainsi une idée exacte de la question.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les végétations adénoïdes se présentent à l'œil nu comme des languettes hypertrophiques, comparables à des crêtes de coq dentelées, rosées. Elles sont souvent réunies au nombre de deux ou trois par un court pédicule commun, aplaties ou globuleuses, présentant quelquefois les formes les plus diverses. Lœwemberg cite un cas où la tonsille hypertrophiée possédait la configuration et la grosseur d'une forte cerise, avec sa surface tout à fait lisse, chez une jeune fille de quatorze ans.

Cette espèce d'étranglement au niveau du pédicule résulte de la « disposition des follicules à la périphérie des mamelons normaux. (Tédenat.) » Elles peuvent prendre toutes les dispositions avec un pédicule assez long ou sans pédicule, mamelonnées ou aplaties, réunies en groupes ou indépendantes les unes des autres.

Tantôt la tonsille pharyngienne seule est hypertrophiée ; elle prend alors l'aspect d'une grosse amygdale; tantôt, et le plus souvent, l'hyperplasie existe sur les follicules voisins, dans la fossette de Rosenmuller, sur l'embouchure des trompes, quelquefois même, mais rarement, à la partie supérieure du voile du palais, cas cité par M. Tédenat.

A la surface, l'on trouve d'abord la couche épithéliale, avec ses cellules cylindriques à cils vibratiles, caractéristique de la muqueuse aérienne. Les cellules sont, les unes tout à fait normales, les autres ont perdu leurs cils vibratiles ; quelques-unes sont caliciformes et remplies de mucus granuleux et de globules de pus, ainsi que leurs interstices. « Les cellules cylindriques, dit Cornil, sont souvent caliciformes, et elles sont alors remplies par du mucus granuleux ; des cellules rondes migatrices peuvent se montrer dans les cavités des cellules caliciformes. On rencontre aussi par places des accumulations de cellules cylindriques superposées en plusieurs couches à la surface de la muqueuse. Les cellules superficielles sont alors seules munies de cils vibratiles. Dans ces accumulations de cellules, il n'est pas rare de voir de petits foyers contenant deux, trois ou quatre cellules rondes, cellules lymphatiques réunies dans une loge sphérique, entourée par les cellules cylindriques. »

Tout cela nous donnera la composition de l'exsudat dont nous parlerons plus loin.

Arrivons à l'étude de la granulation elle-même. Située immédiatement au-dessous de la couche épithéliale, elle est exclusivement formée par du tissu adénoïde, avec ses lacunes et son réticulum de fibres conjonctives, gorgés de cellules lymphatiques.

« Les parois du réticulum, dit M. Tédenat, sont médiocrement épaissies, mais les mailles, agrandies, sont remplies d'éléments embryonnaires. Les follicules sont hypertrophiés. » Ces éléments embryonnaires sont parcourus d'un nombre infini de petits vaisseaux de nouvelle formation, d'une grande fragilité, gorgés de sang et de globules rouges, ce qui donne raison de la fréquence des épistaxis auxquelles sont sujets les malades. Quelques-unes des granulations, les plus grosses, sont isolées ; elles sont formées tout autour par une couche de cellules cylindriques, et, au centre, un seul follicule, considérablement augmenté de volume ; un grand nombre de vaisseau lymphatiques en émergent et contribuent à former un réseau considérable qui augmente encore la vascularité de ce tissu.

Enfin la portion sous-jacente de la muqueuse, formée d'un tractus fibreux très vasculaire, présente à la coupe une série de vaisseaux sanguins très distendus et d'un diamètre assez considérable.

Cette turgescence des vaisseaux, cette prolifération d'éléments embryonnaires et des cellules lymphatiques donnent la raison de l'hypertrophie. Ajoutons à cela une dégénérescence granulo-graisseuse d'une partie de ces éléments, qui ne peuvent subsister à cause de leur compression réciproque. Cette dégénérescence est telle en certains points qu'ils se réunissent en foyers et peuvent simuler de petits kystes.

Après cette étude rapide des éléments de nouvelle formation, nous arrivons à constituer les éléments de l'exsudat qui accompagne constamment la présence des végétations adénoïdes.

C'est un liquide muqueux, gris verdâtre, parfois jaunâtre, souvent strié de sang. Il est formé de globules de pus, de granulations graisseuses, débris de cellules épithéliales, à cils vibratiles ou non, quelquefois caliciformes. Avec cela, des globules blancs, des globules rouges, quelquefois des poussières apportées par la respiration.

La cause des stries sanguines est donnée par la fragilité des éléments de la tumeur, qui, au moment où le malade se mouche ou éternue, au moindre effort d'expuition, se déchirent, et avec eux quelques vaisseaux sanguins.

On remarque aussi une assez grande quantité de mucus, qui n'est pas seulement donné par la partie saine de la muqueuse, mais aussi par la partie malade.

Nous avons à dessein laissé de côté cette partie de la question pour en parler ici. Les glandes acineuses, qui existent en grand nombre dans les autres parties du pharynx, ne font point défaut dans le pharynx nasal, mais elles ne participent pas à l'hyperplasie du reste de la muqueuse, et c'est à peine si la couche qui les entoure est légèrement injectée. « On peut dire (suivant M. Cornil) que les glandes acineuses, lorsqu'elles entrent dans la constitution des tumeurs adénoïdes, ne jouent aucun rôle dans leur production, tandis que le rôle des follicules clos est prédominant. »

Mais il n'est pas étonnant cependant que ces glandes, quoique n'étant pas hypertrophiées, sécrètent une plus grande quantité de mucus qu'à l'état normal ; le contact irritant des liquides qui les entourent et l'inflammation des tissus voisins suffisent pour l'expliquer.

On a souvent comparé les végétations adénoïdes du pharynx nasal à l'hypertrophie des amygdales, précisément à cause de l'analogie de la muqueuse de la région avec l'amygdale, puisqu'on l'a appelée tonsille pharyngienne (Kölliker). « Mais, dit M. Cornil, elles en diffèrent surtout parce que l'hypertrophie de l'amygdale amène avec elle une formation de tissu conjonctif dense qui sépare les groupes de follicules clos et détermine une induration de l'organe. La nature de revêtement épithélial pavimenteux, stratifié dans celle-ci, à cellules cylindriques dans l'amygdale pharyngienne, donne aussi un tout autre aspect aux sécrétions qu'on observe à la surface des tumeurs ou dans les plis et dépressions de la muqueuse. »

Donc, différence : 1° par la consistance ; pas de prolifération conjonctive dans les végétations adénoïdes du pharynx nasal (Tédenat); d'où fragilité. Au contraire, induration dans l'hypertrophie des amygdales.

2° Différence dans l'exsudat : cellules cylindriques caliciformes ou à cils vibratiles dans celui des premières ; cellules pavimenteuses analogues à celles de la muqueuse buccale dans les secondes.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE ET SYMPTOMATOLOGIE

Étiologie

Les végétations adénoïdes du pharynx nasal seraient liées, suivant Meyer et le plus grand nombre d'auteurs, au lymphatisme et à la scrofule. Schalle (de Hambourg), 1882, donne comme précepte d'éviter l'inhalation d'air chaud ou trop froid, de poussières, de fumée, ingestion d'aliments ou liquides très chauds ou très froids, très alcoolisés ou fortement épicés. Que toutes ces causes contribuent, lorsque les végétations ont déjà commencé à se former, à les faire augmenter de volume, à déterminer des poussées aiguës de coryza et une sécrétion plus abondante, c'est facile à concevoir ; mais que ces causes mécaniques puissent être à elles seules une cause d'hyperplasie adénoïde, c'est ce que nous ne pouvons admettre.

Les climats froids et humides doivent être tenus en ligne de compte, c'est ce qui explique le peu de malades que nous avons à la clinique de Montpellier affectés de végétations adénoïdes, alors qu'elles sont si fréquentes à Copenhague, à Cologne, à Londres et même à Lyon.

La tuberculose, suivant M. Tédenat, serait aussi une prédisposition puissante. Meyer et Lœwemberg tiennent aussi grand compte de l'hérédité. Elles sont souvent congénitales et, suivant Baber, elles pourraient être consécutives à la rougeole et à la scarlatine. Les végétations adénoïdes compliqueraient singulièrement ces dernières maladies vis-à-vis de la surdité.

Le docteur Peysson, dans sa thèse de 1883, se basant sur ce qu'elles coïncident souvent avec la surdi-mutité, et faisant la remarque que le plus grand nombre de sourds-muets existent dans les pays de montagnes où le goître est endémique, tendrait à rapprocher leur étiologie de celle du goître. La question est encore en litige.

Symptomatologie

La symptomatologie des végétations adénoïdes du pharynx nasal a été tellement bien décrite par Lœwemberg que nous nous baserons là-dessus pour faire notre description.

Voici la première de ses conclusions :

« La suppression de la respiration nasale et nasonnement, accompagnés généralement de troubles auriculaires, forment un ensemble symptomatique fréquent dans l'enfance et l'adolescence. Il est dû non pas à une affection nasale ni amygdalienne, mais à l'existence dans le pharynx nasal de tumeurs composées, dans la majorité des cas, de tissu adénoïde. »

Et d'abord, suppression de la respiration nasale et nasonnement. « Dans la première période, dit M. Tédenat, parfois très longue, on observe les symptômes du catharre naso-pharyngien chronique, par moments sec, par moments humide. Le malade éprouve, habituellement au réveil, une sensation de sécheresse dans le cavum nasal. Il

arrache avec peine, par des efforts combinés de déglutition et d'expuition des mucosités grises, verdâtres, parfois teintées de sang. A la suite de ces efforts, surviennent souvent des nausées ; une certaine lourdeur dans la tête, des bourdonnements d'oreille, une surdité plus ou moins complète ne sont pas rares ; la muqueuse du pharynx est rouge, granuleuse, parcourue par des veinosités, recouverte de mucus. »

Plus tard, les symptômes s'accentuent ; le malade respire la bouche ouverte à cause de l'impossibilité de respirer par le nez. De là, dessèchement de la cavité buccale et de l'arrière-gorge, facilité de prendre des coryzas, des laryngites, bronchites. Pour le malade atteint de végétations, tout devient occasion de s'enrhumer : qu'il passe brusquement d'un milieu chaud dans un milieu froid ou humide, que la température change tout à coup, qu'il s'endorme les croisées ouvertes ou en plein air, il s'éveille avec des picotements dans le larynx et l'arrière-gorge, et le catarrhe, qui existait déjà chez lui à l'état chronique, s'accentue.

Le malade présente un aspect caractéristique ; il s'avance la bouche ouverte, la mâchoire inférieure pendante ; le sillon naso-génien et naso-labial n'existent plus, le regard est atone ; et cet air hébété, lorsqu'il existe chez une personne d'un certain âge, fait qu'elle n'ose se montrer en public, comme M. Tédenat en cite un exemple.

Une deuxième partie de la question, c'est le nasonnement consécutif à la respiration buccale.

La voix est voilée, sourde ; on dit vulgairement que le malade « parle du nez ». La résonnance est désagréable et la prononciation est morte, suivant Meyer.

Il est évident que les nasales, par exemple, doivent subir une modification, car la liberté complète du conduit nasal est la condition expresse de leur bonne prononciation. Ainsi, *maman* sera prononcé *baba*, car le *b* n'est que l'*m* prononcé le nez fermé. Mais la prononciation de beaucoup d'autres consonnes, sans éprouver des modifications aussi caractéristiques qui permettent de les décrire, en reçoivent

cependant qui n'échappent pas au médecin, pour peu qu'il soit exercé, et sont pour lui des signes précieux.

Le chant aussi est altéré, non seulement dans l'intensité et le timbre, mais encore pour la hauteur. Meyer a vu la voix s'élever de deux notes après opération.

Le malade, toujours par suite des végétations adénoïdes, a des ronflements sonores pendant la nuit, et même, si c'est un enfant très jeune, il peut éprouver de véritables attaques de dyspnée. Le jour, il se mouche souvent, avec effort et sans bruit la plupart du temps, ou bien c'est un sifflement aigu produit par un léger filet de vent qui est parvenu à écarter quelques végétations.

Lœwemberg signale comme symptôme très important et caractéristique (conclusion 2) « une déformation du thorax ». Voici quels en sont les traits saillants, d'après le même auteur :

« Les côtes sternales sont déprimées vers le poumon ; leurs cartilages, au contraire, bombés en dehors, forment une série de saillies, sans cependant offrir le chapelet noueux du rachitisme.

Le sternum, au lieu d'être projeté en avant comme dans cette dernière maladie, est notablement déprimé, surtout vers l'apophyse xyphoïde, qui est profondément repoussée en dedans. »

Après avoir si bien décrit cette déformation thoracique, le même auteur tâche de se rendre compte de sa pathogénie, et il ne la trouve que dans la gêne respiratoire produite par cette transition de la respiration nasale en respiration buccale, à mesure du développement des végétations adénoïdes.

« On sait, continue-t-il, que, pendant l'inspiration, à mesure que les muscles tendent à dilater le thorax, la tension du contenu gazeux intra-pulmonaire diminue et que l'équilibre se rétablit par l'entrée de l'air à travers les fosses nasales. Lorsque celles-ci s'obstruent, l'air ne peut plus entrer en quantité suffisante, et alors la pression de l'atmosphère sur les parois du thorax prédomine pendant l'inspiration et la poitrine s'affaisse sur elle-même. Comme ces troubles se manifestent chez les enfants en pleine croissance, ils peuvent, à la longue,

entraîner des effets durables et imprimer a la cage thoracique l'affaissement définitif en question. »

Quant à expliquer la voussure des cartilages costaux, « elle résulte, dit-il, de ce que l'enfoncement de leurs deux points d'insertion, la côte et le sternum, a pour effet de bomber par une pression latérale ces cartilages en sens opposé, c'est-à-dire vers l'extérieur. »

C'est aussi notre avis. Cette voussure s'opérerait, s'il nous est permis de faire une comparaison, comme si l'on pressait entre deux plans résistants un cerceau de bois et si on appuie un des côtés qui bombent sur un point fixe qui le forcera à rentrer. Les parties intermédiaires resteront bombées et tendront même à être projetées en dehors, tandis que les côtés pressés seront retenus en dedans par les puissances qui s'exerceront sur eux. Il en est de même pour le thorax ; seulement les puissances, au lieu d'être extérieures, sont intérieures. Quant au sternum, c'est surtout l'apophyse xyphoïde qui rentre en dedans, car la fourchette est retenue par ses attaches avec les clavicules. Dupuytren (*Mémoire sur la dépression latérale des parois du thorax*, 1828) attribuait ces déformations à l'hypertrophie des amygdales, mais il ne connaissait pas les végétations adénoïdes.

Surdité. — Les troubles du côté de l'ouïe manquent rarement chez les malades affectés de végétations adénoïdes. Meyer les avait déjà étudiés avec soin, et après lui Calmettes en a fait une longue description. Meyer a vu l'ouïe altérée cent trente fois sur cent soixante-quinze cas. Pour Woakes, c'est la deuxième cause de surdité par ordre de fréquence.

Les végétations adénoïdes étant la cause des lésions de l'oreille moyenne, ce seront les symptômes de maladies de l'oreille moyenne qui devront dominer.

Le malade se plaint de bourdonnements, de surdité permanente ou passagère, de douleurs vers la région temporale, de céphalée frontale, quelquefois d'un sentiment de plénitude dans l'oreille, et même de vertiges, tout cela avec des intermittences d'amélioration et de poussées

aiguës bien faites pour dérouter un médecin qui n'aurait pas le soin d'examiner l'arrière-gorge.

Si l'on examine à l'otoscope, on voit souvent la membrane du tympan rouge, épaissie, sclérosée, tantôt attirée complètement vers la caisse, tantôt au contraire très bombée en dehors.

Quelquefois on ne trouve que des débris de cette membrane, et cela coïncide presque toujours avec un écoulement plus ou moins abondant de muco-pus par le conduit auditif externe.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache est souvent impossible.

Les troubles sont faciles à expliquer, connaissant la disposition de la trompe, surtout chez les enfants, par rapport à la cavité naso-pharyngienne. Nous avons déjà décrit ses rapports.

Suivant Troëlsch, chez les enfants, la lèvre cartilagineuse postérieure de la trompe d'Eustache forme un bourrelet beaucoup moins saillant que chez l'adulte ; de là facilité plus complète d'obstruction par les végétations voisines. De plus, la portion membraneuse forme la plus grande moitié de la trompe, et c'est le contraire chez l'adulte ; par conséquent, moins de résistance pour lutter contre la pression extérieure que lui font subir les végétations.

En outre, à l'état normal, les follicules lymphatiques se continuent jusque dans la cavité de la trompe ; il est évident que ces organes suivront la plupart du temps l'hyperthrophie de leurs voisins et contribueront pour beaucoup à oblitérer la trompe. On a comparé la trompe d'Eustache arrivée à ce degré à un petit col utérin ; la ressemblance est parfaite. (Lœwemberg.)

Si l'on joint à cela l'inflammation qui se communique à toute la muqueuse, le catarrhe consécutif, il sera aisé de comprendre les troubles dont nous allons essayer de donner la pathogénie : imperméabilité du conduit tubaire pendant les mouvements de déglutition, raréfaction de l'air dans l'oreille moyenne, bourdonnements consécutifs.

La caisse n'est pas remplie, comme le croyaient les anciens, d'un air spécial. La trompe d'Eustache est le tuyau de ventilation de la

caisse ; mais, contrairement à l'assertion de Politzer, la trompe d'Eustache n'est pas constamment ouverte.

La contraction intermittente de certains muscles facilite la pénétration de l'air dans le canal.

Voici, d'après M. Gellé, le mécanisme de la circulation de l'air dans la caisse pendant la déglutition : « Les muscles apériteurs du pavillon de la trompe écartent les parois de ce conduit, produisent dans la caisse, en un premier temps, un léger vide indiqué par une excavation du tympan, qui est pour ainsi dire aspiré vers la paroi interne de la cavité tympanique. Mais l'air du pharynx et de la paroi de la caisse se mettant bientôt à égalité de pression, la membrane du tympan, en vertu de son élasticité propre (en un deuxième temps), reprend sa position première jusqu'au prochain mouvement de déglutition. » Si nous comparons ces faits à ceux qui se passent consécutivement dans l'oreille interne, nous verrons qu'ils sont analogues et que le liquide intra-labyrinthique subit une pression de la part de l'étrier, pression qui nous donne raison de ce petit bruit entendu au moment de la déglutition.

Supposons maintenant l'obstruction permanente de la trompe, l'air intérieur n'aurait plus de communication avec l'extérieur, pas de bruit pendant la déglutition. Mais cet air de la caisse qui ne communique plus avec l'air extérieur tendra à se résorber, et c'est ainsi que le tympan, étant attiré vers l'intérieur, communiquera son mouvement aux osselets, et c'est ainsi que l'on peut expliquer les bourdonnements.

Il y a aussi bourdonnement si, le catarrhe étant intense, la caisse prend part à l'inflammation de la trompe et se remplit de muco-pus.

Il est assez difficile de les expliquer dans ce cas, car on ne peut invoquer ici la raréfaction de l'air, puisqu'il n'en existe pas dans la caisse ; mais pourquoi n'invoquerions-nous pas la tension du liquide lui-même ?

Si la tension devient trop forte, la membrane du tympan se perfore, et l'on constate une otorrhée plus ou moins fétide, qui pourrait être attribuée à la scrofule si on ne se basait sur les autres symptômes pour établir son diagnostic.

La sensation de réplétion et de gêne, dit Politzer, n'est pas en raison directe des lésions. J'ai démontré le premier, dit cet auteur, que la sensation de gêne et de réplétion était fréquemment revendiquée par des malades chez qui la trompe d'Eustache n'est que légèrement gonflée et l'accumulation de liquide dans l'oreille moyenne peu considérable, tandis que l'imperméabilité de la trompe avec fort gonflement de sa muqueuse et accumulation copieuse de liquide dans la caisse ne produit qu'une sensation de gêne beaucoup plus faible ou même nulle. Quant aux altérations de l'ouïe, elles varient donc suivant le siège des végétations, la propagation plus ou moins grande de l'inflammation, l'obstruction plus ou moins permanente de la trompe, les altérations plus ou moins grandes dans l'oreille moyenne.

Surdi-Mutité. — Ce côté très intéressant de la question a été abordé avec beaucoup de succès par le docteur Peysson, dans sa thèse de 1883.

Il tâche de rattacher cette affection à la présence de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal.

Il cite plusieurs observations à l'appui de cette thèse et ajoute qu'il n'est pas étonnant que le plus grand nombre de sourds-muets se trouvent dans les pays de montagnes, dans les vallées des Alpes, de même que le goître simple ou hypertrophie du corps thyroïde. Car, dit-il, la glande thyroïde est un organe lymphoïde et médian, de même la glande de Luschka, et les mêmes causes qui produisent le goître pourraient bien engendrer aussi l'hypertrophie de la tonsille pharyngienne. Il conclurait donc à rattacher la plupart des surdi-mutités aux mêmes causes que le goître et à ne donner que peu de place aux méningites et aux labyrinthites, auxquelles les auteurs attribuent la plupart des surdi-mutités.

D'un autre côté, le docteur Rossi (de Rome), dans son rapport sur l'hospice des sourds-muets de Firmini (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1879), dit que la trompe d'Eustache, dans les

diverses autopsies de sourds-muets qu'il a faites, était presque toujours perméable ; il en conclut que la surdi-mutité ne réside pas dans l'obstruction de la trompe. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que quelques surdi-mutités, congénitales ou acquises, ne soient le fait de végétations adénoïdes, et cela se comprend facilement. On conçoit aussi la facilité avec laquelle on ferait l'éducation de ces sourds-muets après opération. Mais il est encore difficile de résoudre cette question.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic des végétations adénoïdes présentera évidemment quelque difficulté, à cause du grand nombre de maladies dont cette région peut être le siège. Et d'abord, il faut savoir si l'on a affaire à un enfant ou un adulte ; car, sauf quelques cas relativement rares, ce sont surtout les enfants qui y seront sujets (de un à vingt ans, suivant Meyer); après cet âge, les végétations tendent à disparaître d'elles-mêmes. Pour cette raison, on peut éliminer toutes les tumeurs carcinomateuses. Les polypes muqueux sont faciles à distinguer ; il en est de même des polypes fibreux, qui entraînent si souvent des déformations. Mais que d'ulcérations tuberculeuses, herpétiques, syphilitiques, peuvent êtres confondues avec les végétations adénoïdes. L'hypertrophie simple des amygdales produit rarement la série symptomatique des végétations adénoïdes. Mais il faut savoir la distinguer.

Il faut bien interroger les parents ou le malade lui-même pour savoir s'il y a longtemps qu'il respire par la bouche, s'il y a ou non ronflements nocturnes, renâclements ; s'il se mouche fréquemment, épistaxis, ozène. Insister sur les symptômes auriculaires, s'il y a ou non surdité, écoulements par l'oreille, bourdonnements. Examiner à l'otoscope, si possible, car sur cela se basera le pronostic. Après

cela on procède à l'examen direct au moyen de la rhinoscopie antérieure ou postérieure et de l'exploration digitale.

Rhinoscopie postérieure.— L'examen rhinoscopique vient fournir des données précises sur la forme, la structure, la position des tumeurs adénoïdes. Voici les préceptes que donne Edouard Fournié, médecin de l'institut des sourds-muets, après de nombreuses applications du rhinoscope. Il se fonde sur la physiologie des mouvements de l'organe dans la phonation et la respiration :

« Il faut, dit-il, que le malade respire exclusivement par la bouche, celle-ci étant ouverte autant que possible ; qu'il garde le silence absolu, c'est-à-dire qu'il ne fasse entendre aucun son. Telles sont les conditions indispensables pour obtenir l'abaissement du voile du palais aussi complet que possible. »

Il ajoute : « Quelquefois, la base de la langue, qui remplit la cavité buccale, empêche l'introduction du miroir, et le contact de celui-ci entraîne la contraction du voile du palais.

Pour y remédier, il faut appuyer sur la langue avec une spatule, ou mieux, en utilisant un mouvement fonctionnel, il faut engager le patient à faire comme s'il devait prononcer la lettre *a*, sans cependant faire entendre aucun son, lequel amènerait bien l'aplatissement de la langue, mais, en même temps, déterminerait la contraction du palais qui accompagne cette prononciation. »

Après quelques séances de rhinoscope, les patients supportent bien l'instrument, et l'on arrive ainsi à observer facilement la cavité naso-pharyngienne. Mais, malgré cela, son application n'est pas facile chez les enfants, soit à cause de la mauvaise volonté avec laquelle ils se prêtent à l'examen, soit par les nausées et les efforts de vomissement qu'il provoque, soit, enfin, à cause de l'étroitesse de l'arrière-gorge, ce qui fait qu'il faut toujours se servir d'un miroir de très petit calibre.

Rhinoscopie antérieure. — La rhinoscopie antérieure, M. Téde-

nat la pratique au moyen du spéculum de Zaufal, qui lui a rendu de grands services dans plusieurs cas qu'il a bien voulu nous permettre de publier. Cet instrument consiste en un long spéculum de forme cylindrique. Lorsque les fosses nasales ne sont pas trop rétrécies au point d'empêcher l'introduction de l'instrument, et avec cela un éclairage suffisant, le diagnostic sur la nature de la tumeur devient facile.

Exploration digitale.— Enfin l'exploration digitale, qui est le moyen infaillible et qui peut toujours se faire. Creswell-Baber (*British medical journal.* M. B., Lond., 1882) veut qu'elle soit pratiquée avec l'index gauche « parce qu'il est plus petit », dit-il, la tête du patient appuyée sur la poitrine de l'explorateur. Mais la différence n'est pas tellement grande avec l'index de la main droite que l'on puisse ériger ceci en précepte absolu. Et il nous semble qu'il vaut encore mieux se servir de celui qui paraît le plus commode. Les végétations adénoïdes sont la plupart du temps tellement friables que souvent il reste des particules à l'extrémité du doigt introduit, particules que l'on peut examiner au microscope. La sensation de corps mou, à surface mamelonnée, irrégulière, le sang et les mucosités rendus après l'exploration, lorsque le malade se mouche, feront arriver à un diagnostic. Le doigt percevra de même la grosseur, la forme, le point d'implantation des végétations.

Pronostic.— Le pronostic, sans être grave, dépend beaucoup de l'âge du malade, du siège, de la forme et du volume des végétations et surtout des phénomènes pathologiques dont l'organe de l'audition est le siège.

Il est évident que si la tumeur a déterminé une otite moyenne sclé-reuse, avec dégénérescence fibreuse du tympan et des osselets, le malade ne guérira pas de sa surdité. Mais, cependant, des malades ont vu une amélioration très grande de leur surdité et même une gué-

rison complète, après traitement, de leurs végétations adénoïdes, chez qui l'on avait auparavant essayé de tout ; ce qui fait un précepte d'agir aussitôt qu'on les a reconnues. L'opération n'offre aucun danger, quel que soit le procédé que l'on emploie, et peu d'hémorrhagie, très facile à arrêter, comme l'a fait M. Tédenat au moyen d'un pinceau trempé dans du perchlorure de fer et conduit à travers le spéculum de Zaufal, ou même quelques irrigations d'eau fraîche.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement des végétations adénoïdes doit être local et général.

Traitement local. — Beaucoup d'auteurs, Politzer entre autres, prétendent que les remèdes astringents, appliqués souvent aux engorgements catarrhaux, sont sans action aucune sur les végétations adénoïdes. Il ne peut donc être qu'opératoire, disent-ils. Tripier et Dubois, au contraire, préconisent la douche naso-pharyngienne, dont ils ont démontré la valeur.

Douche naso-pharyngienne.—Weber (de Halle), qui l'a inventée, Weber (de Leipzig), Tudichum, Gailleton, Alvin, Wend, Carl Michel, C. Paul, Dubief, Tripier et Arloing, notre Maître M. Tédenat, ont bien étudié ce mode de traitement, d'une utilité incontestable dans certains cas, soit pour achever de faire disparaître ce qui reste après opération, soit même comme seul moyen de traitement lorsque les végétations adénoïdes ne sont pas trop volumineuses.

M. Tédenat (*Mémoires de chirurgie*, 1884) donne une bonne description du procédé opératoire qui lui a servi dans plusieurs cas.

Il se sert de préférence de la seringue d'Higginson ou de l'irrigateur vaginal à boule en caoutchouc. « Le soulèvement et la tension du voile du palais, dit-il, sont indispensables pour que le liquide ne pénètre pas dans le pharynx inférieur et dans l'espace sus-glottique. On pouvait songer à utiliser l'occlusion de la cavité naso-pharyngienne qui se produit pendant la déglutition, comme l'a fait Politzer, pour pousser de l'air dans la trompe ; mais, outre que l'occlusion ainsi obtenue est de très courte durée, on serait fort exposé à faire pénétrer le liquide dans la trompe, dont l'orifice s'entr'ouvre au moment de l'effort de déglutition. Or, cet accident peut provoquer des douleurs très vives et même une otite moyenne suppurée, comme le démontrent les faits publiés par Roosa et comme cela s'est produit chez un de mes malades. Le mieux est donc d'éviter tout effort de déglutition ; pour cela le malade respirera par la bouche largement ouverte et produira une longue expiration en prononçant la voyelle *a*. On profitera de cette expiration, pendant laquelle le voile du palais est soulevé et tendu, pour presser à deux ou trois reprises la boule de l'irrigateur, et le liquide reviendra par la narine du côté opposé, après avoir parcouru le cavum nasal, sans pénétrer ni dans la trompe ni dans le pharynx inférieur. »

Il faut introduire la canule horizontalement dans les fosses nasales et injecter à chaque séance 600 ou 1,000 grammes d'eau de Challes oubromure de potassium, ou bien sulfate de zinc à 2 ou 3 pour cent.

Reclus préconise des injections de lait.

Cautérisation. — La cautérisation est aussi un bon procédé. Politzer a inventé son porte-caustique recourbé, de forme quadrangulaire et à rainures. On n'a qu'à plonger son extrémité dans le nitrate d'argent en fusion ou le crayon mitigé de Desmarres, et, le caustique restant adhérent par le refroidissement, on peut le porter dans la cavité naso-pharyngienne. Il faut avoir soin, à cause de la brûlure qui se produit par l'action du caustique, d'injecter un peu d'eau salée dans la cavité pharyngienne immédiatement après l'opération.

M. Tédenat introduit un stylet recouvert de substance caustique au moyen du spéculum de Zaufal. Le traitement par cautérisation n'est pas très douloureux, mais il a l'inconvénient d'être long.

Les solutions caustiques portées sur un pinceau ont l'inconvénient de ne pas pouvoir être assez bien localisées et de se diffuser ; on peut cependant en retirer de bons effets dans certains cas.

Galvano-Cautère. —Voltolini et Carl Michel ont employé les premiers le galvano-cautère. Meyer s'en est servi aussi. M. le docteur Zawerthal le propose, et, dans les cas les plus tenaces, les escharifications profondes sur chaque végétation. (Congrès médical de Pise, 1878.) Solis, Cohen (de Philadelphie), Cardier (de Paris), Lennox (de Londres), Tauber (à anse ou à pointe), Scheffer, Lange et Krishaber : tous ces médecins l'ont préconisé. Lœvemberg, malgré sa pince spéciale, le recommande beaucoup. Son usage est facile à cause de son peu de volume, car il ne provoque pas de nausées et ne cache point le miroir avec lequel on le dirige.

Lœwemberg se sert de galvano-cautères courbés selon l'angle bucco-pharyngien et formés au bout d'une spirale de platine large de 2 à 4 millimètres. Si la tumeur est pédiculée, on se sert avec avantage de l'anse galvano-caustique.

Ablation. — L'ablation au moyen du coûteau de Meyer guidé par le doigt est un excellent procédé ; mais le manuel opératoire n'est pas très facile. Les pinces de Calti et de Lœwemberg sont aussi d'un bon usage. Calmettes a substitué à l'instrument de ce dernier une double curette ovale; quand la pince est fermée, les deux curettes forment une olive.

La curette à bords tranchants indiquée par Justi, et mieux, la curette à anneau du même auteur, qui est fixée sur l'index et portée ainsi derrière le voile du palais.

M. Tédenat se sert de l'ongle chirurgical de Mottais, qui donne lieu

à des douleurs assez vives, dit-il, mais peu ou pas d'hémorrhagie ; il l'indique dans les végétations peu volumineuses et diffuses.

Tous ces instruments peuvent rendre des services, suivant les cas. Bien plus, quand les végétations sont très friables, le doigt peut suffire.

Tous les genres d'écraseur ou lacet, de Zaufal, Clarke, Hartmann, Wilde, etc., sont d'un excellent usage, soit par le nez, soit par la bouche, pourvu que la tumeur soit pédiculée.

Les anesthésiques peuvent être employés chez les enfants impatients, par exemple, et enlever tout en une seule séance ; mais nous croyons qu'il vaut mieux ne pas user du chloroforme chez les enfants trop jeunes et chez les adultes.

Après l'opération, il faut tâcher de faire respirer l'enfant par le nez et l'empêcher de respirer par la bouche. Il est bon de lui mettre une mentonnière.

Si l'on a affaire à un sourd-muet, il faut se rendre compte de l'état de l'ouïe et en faire l'éducation, afin de prévenir la mutité.

Traitement général.— Le traitement général ne doit pas être négligé.

Il faut, dit Politzer, surtout tenir compte des troubles de la nutrition et des affections constitutionnelles. Si la nutrition est affaiblie, il faut relever l'état des forces par un exercice suffisant, changement d'air, séjour à la campagne, régions alpestres, offrant une riche végétation de pins.

Bains, massage, douches, etc.

S'il y a syphilis, donner des remèdes antisyphilitiques ; chez les scrofuleux, les bains salés ou iodés, l'huile de foie de morue, surtout chez les enfants, les ferrugineux, les iodés ; chez les pléthoriques et les hémorrhoïdaires, les cures de boissons de sources contenant du sel de Glauber, Mariembad, Fredrischhall sont indiquées.

S'il y a disposition aux catarrhes, modifier les muqueuses et combattre l'état général par l'endurcissement systématique de la peau, les ablutions froides, bains froids, séjour à l'air frais.

La tendance très accusée qu'ont les végétations adénoïdes à récidiver rend le traitement consécutif aussi important que l'opération elle-même.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Observation Première

Publiée par M. TÉDENAT (*Montpellier médical*, 1882)

Mlle P..., demeurant à Marsillargues, lymphatique, d'assez bonne constitution, n'ayant jamais eu ni impétigo, ni ophtalmie, ni adénites suppurées, bien réglée depuis l'âge de quinze ans, vint me consulter le 25 septembre 1881.

Depuis une dizaine d'années, symptômes de catarrhe naso-pharyngien avec poussées fréquentes de coryza aigu. Aggravation très marquée et progressive depuis deux ou trois ans. Respiration gênée, même la bouche ouverte, ce qui donne à la malade un air tellement niais qu'elle ose à peine paraître en public. Ronflement bruyant la nuit, toux sèche habituelle, plus pénible le matin, et souvent accompagnée de nausées. Renâclement fréquent. Voix faible, nasonnée; la prononciation de certains mots à syllabes nasales est tout à fait inintelligible;

quand elle a parlé quelques instants, la voix devient tellement faible et éteinte que la malade ne peut se faire entendre et éprouve une grande fatigue de l'organe vocal. Du côté de l'oreille, bourdonnements, tintements, dureté très marquée de l'ouïe. Douleurs dans toute la tête, qui est lourde et « comme si elle n'était pas à moi », dit la malade.

La malade, pâle, amaigrie, a été considérée comme phthisique, à cause de sa toux sèche, de quelques crachats sanguinolents provenant manifestement du pharynx nasal.

L'examen rhinoscopique postérieur est impossible, à cause de l'abaissement du voile du palais et du gonflement considérable de la luette.

Le spéculum de Duplay montre la muqueuse des fosses nasales rouge, tuméfiée, surtout sur le cornet inférieur ; il permet de voir vaguement des tumeurs dont on ne peut apprécier le siège. Le spéculum de Zaufal est introduit, mais est arrêté au niveau de l'orifice choanal par des masses résistantes ; il passe pourtant, en abaissant un peu le pavillon et relevant ainsi son extrémité. Avec un bon éclairage (lampe de Mathieu), la tonsille pharyngienne est rouge, légèrement tuméfiée ; des végétations volumineuses situées sur le voile du palais ne permettent qu'un examen très incomplet du pavillon de la trompe. Le doigt, introduit par la bouche, trouve à la face supérieure du voile du palais trois végétations ayant le volume d'une noix.

Elles occupent la moitié gauche du voile. Il en existe un très grand nombre d'autres du volume d'un pois, d'un grain de blé. Petite hémorrhagie, bien que l'exploration ait été pratiquée sans violence.

Je conseille à la malade le raclage, l'excision.....; elle m'autorise à faire comme je pourrai. L'opération est différée jusqu'au 3 octobre.

L'index, armé de l'ongle de Mottais, est amené à la face postérieure du voile du palais. Deux végétations du volume d'une petite noix sont excisées d'une façon complète. Il en reste une troisième, aussi volumineuse, que je dilacère non sans difficulté. J'essaie d'enlever par le

raclage les végétations appréciables au doigt, mais la malade souffre et s'y refuse. Hémorrhagie peu abondante, très facile à arrêter au moyen d'un pinceau trempé dans une solution diluée de perchlorure de fer et conduit à travers le spéculum de Zaufal. Je conseille à la malade de pratiquer matin et soir une douche naso-pharyngienne avec la solution suivante :

Eau distillée 1 litre, bromure de potassium 10 grammes.

14 octobre. Amélioration considérable. Nouvelle séance de raclage. Nombreux débris. Hémorrhagie insignifiante. Application avec un pinceau de glycérolés de tannin à 1/10.

24. Le 18 octobre, après la douche, et malgré les recommandations, la malade s'est mouchée. Elle a éprouvé sur-le-champ de violentes douleurs dans l'oreille droite, qui ont continué, très vives, pendant cinq jours. Alors, en se mouchant, la membrane du tympan a éclaté, du pus a coulé par l'oreille et les douleurs ont cessé.

28. La suppuration de l'oreille a cessé depuis deux jours. J'aperçois une petite perforation du tympan. La respiration est facile par le nez ; la voix, plus forte, est encore nasonnée ; la prononciation est meilleure. Le spéculum de Zaufal est introduit avec facilité ; la face supérieure du palais présente quelques granulations peu volumineuses. La guérison était complète au commencement du mois de décembre 1881. Les douches naso-pharyngiennes avaient été continuées jusqu'à cette époque.

L'examen microscopique ne m'a laissé aucun doute sur la nature des tumeurs enlevées ; elles présentaient tous les caractères du tissu adénoïde (1).

(1) Cette observation est remarquable non seulement par la gravité des symptômes, mais surtout par le point d'implantation de la tumeur, située sur le voile du palais. Il est en effet très rare de voir les végétations adénoïdes établir leur siège en cet endroit. Nous ne croyons pas en avoir vu d'autres dans ce genre consignées chez les auteurs qui se sont occupés de la question.

Observation II

Publiée par M. Tédenat (*Montpellier médical*, 1882)

Chez un jeune garçon scrofuleux âgé de treize ans, j'ai constaté, par l'exploration digitale, l'existence d'une tumeur ayant le volume d'une grosse noisette et implantée sur la partie moyenne de la face dorsale du voile du palais par un pédicule long de 8 à 9 millimètres.

Il me fut facile de l'enlever au moyen de longues pinces introduites par la voie nasale.

Elle était constituée par du tissu adénoïde et contenait un kyste muqueux superficiel, du volume d'un grain de maïs et ressemblant à une perle blanche. Ce jeune malade souffrait depuis plusieurs années d'un catarrhe naso-pharyngien chronique, qui fut très amélioré par des injections d'eau salée dans les fosses nasales.

Observation III

BOSWORTH (New-York, 1881)

Femme mariée, vingt-cinq ans. Catarrhe depuis quinze ans ; elle avait suivi un grand nombre de traitements. Mucosités abondantes. Voix : caractère nasal ; audition affaiblie.

L'examen rhinoscopique fait découvrir une hypertrophie de la muqueuse des fosses nasales, tumeur adénoïde de la voûte pharyngée, obstruant à moitié les ouvertures postérieures des fosses nasales. La tumeur est irrégulière ; elle a l'aspect d'une grosse amygdale.

On fait des cautérisations au nitrate d'argent, sans succès et sans provoquer de modifications. Alors on applique l'électro-cautère. L'électrode se compose d'un fil de platine enroulé et porté sur un manche. Le fil de platine est coiffé d'un manchon qui évite le danger pour le voile du palais. On fait huit cautérisations à une semaine d'intervalle. La tumeur est complètement détruite. La voix redevient normale et facile ; l'audition et le catarrhe sont notablement améliorés.

Observation IV

Bosworth (New-York, 1881)

Jeune fille de vingt-quatre ans. Voix de soprano qui se modifiait depuis deux ans. Il était difficile d'apprécier la cause de son altération. Catarrhe nasal modéré (elle n'en était pas incommodée). Voix parlée notablement nasale.

Gorge et larynx, caractères normaux; mais on découvrit sur la voûte du pharynx une masse présentant la forme de l'adénome. Elle était pendante et pédiculisée et obstruait en partie les fosses nasales ; elle ne comprimait pas l'ouverture des trompes, et cependant l'ouïe était altérée.

On commença d'abord par faire des applications d'acide chromique, qui eurent pour résultat de réduire le volume de la tumeur.

Le docteur Bosworth fit alors usage du serre-nœud de Jawis, composé d'une anse de fil métallique dont les chefs sont passés dans une canule sur laquelle court un pas de vis destiné à serrer l'anse métallique. La tumeur fut coupée sans douleur; il ne se produisit qu'une très petite hémorrhagie. La voix reprit presque aussitôt sa souplesse et sa beauté ; le langage était naturel, ainsi que l'audition.

Observation V

Creswell-Baber. *(Brith med. journ.*, 1882)

Alice B...., âgée de dix-neuf ans, se présente, le 30 janvier 1880. Souffre d'un polype de l'oreille droite. Cicatrices sur le tympan gauche. Amygdale droite hypertrophiée. Pharynx congestionné.

Après que le polype eut été enlevé, l'attention fut portée sur l'arrière-gorge, et le 11 février on nota ce qui suit :

La malade peut à peine respirer par le nez ; on ne peut, cependant, lui fermer la bouche sans produire des accidents de suffocation. La prononciation est défectueuse, le nez aminci. La rhinoscopie antérieure ne montre aucune obstruction des cavités nasales. Il existe un écoulement abondant et un gonflement de la muqueuse nasale du côté droit.

La rhinoscopie postérieure ne montre rien de bien distinct, à cause de l'obstruction de la cavité par les végétations. La palpation révèle une grande quantité de végétations adénoïdes. On essaie une injection par une des narines; le liquide ne retourne pas par l'autre. Le 21 février on enlève une grande partie des végétations avec la pince de Calti, et le 28, une partie de l'ouverture des fosses nasales était visible au rhinoscope.

Applications répétées de la pince de Calti, en tout dix-neuf fois. Emploi du galvano-cautère, huit applications. Succès tel que le 9 avril la malade pouvait parfaitement tenir la bouche fermée, et finalement un très petit nombre de végétations étaient découvertes à la palpation.

Observation VI

Personnelle

Marie Lot..., âgée de quarante-cinq ans, née à Clermont (Hérault), entre au n° 2 de la salle Martin-Tisson, service de M. Tédenat, le 3 avril 1881. Accidents scrofuleux dans l'enfance (glandes). Régulièrement menstruée. Surdité progressive ayant commencé depuis cinq ans ; elle est plus forte par le temps humide.

Respiration buccale, comme si le nez était obstrué ; sons nasaux, mal prononcés. Ainsi, elle dit : *Bac-Baho*, au lieu de *Mac-Mahon*.

Le doigt atteint des végétations vers la voûte pharyngienne.

La rhinoscopie postérieure laisse voir des végétations disséminées un peu partout. La trompe est obstruée.

M. Tédenat prescrit la douche naso-pharyngienne et la douche de Politzer. On continue ce traitement pendant trois semaines, et la malade éprouve une grande amélioration du côté du pharynx nasal. La respiration devient plus facile, la prononciation plus régulière, moins désagréable, mais pas d'amélioration de la fonction auditive.

La malade sort de l'hôpital.

Cette observation infirme l'opinion qui veut que les végétations disparaissent après un certain âge.

Observation VII

Personnelle

Pierre C..., âgé de dix-neuf ans, entre, salle Lallemand, le 5 mai 1884, service de M. le professeur agrégé Tédenat.

Le malade possède un tempérament lymphatique, sans accidents scrofuleux cependant. Facies coloré, pas d'hypertrophie de la lèvre supérieure.

Depuis l'enfance, il respire mal et la bouche ouverte, ce qui, avec son dos voûté, ne lui donne pas l'air très intelligent. La prononciation est très défectueuse. Il devient sourd peu à peu depuis trois ans, surtout de l'oreille droite. Il n'entend la montre à aucune distance, mais il l'entend quand on l'applique sur la pommette, la nuque ou le front. Il faut crier de toutes ses forces pour se faire entendre. Amygdales hypertrophiées, granulations sur la face antérieure du voile du palais et sur la paroi postérieure du pharynx. Le doigt, introduit derrière le voile du palais, sent des végétations sur la voûte pharyngienne. La rhinoscopie postérieure est impossible, vu le volume des amygdales.

Le spéculum de Zaufal ne peut être introduit que dans la fosse nasale droite ; il permet de voir des végétations disséminées un peu partout.

On observe tous les signes du catarrhe de la trompe.

Traitement général. — Iodure de fer. Vin de quinquina. Bain sulfureux. Local : douches naso-pharyngiennes tous les jours (eau salée) attouchements des amygdales avec le crayon d'alun.

Le malade part au bout de quatre semaines.

La respiration nasale est moins gênée, la prononciation moins défectueuse ; l'examen rhinoscopique postérieur, devenu possible, grâce à la diminution du volume des amygdales, permet de constater une diminution des végétations. Pas d'amélioration de l'ouïe.

CONCLUSIONS

I. Le pharynx nasal peut être le siège, surtout chez l'enfant, de végétations adénoïdes, soit par hypertrophie de la glande de Luscha seule, soit des follicules clos agglomérés ou disséminés dans cette région.

II. Ces végétations peuvent donner lieu à des symptômes tels que catarrhe nasal chronique, nasonnement, respiration buccale, déformation du thorax, et surtout surdité ou même surdi-mutité.

III. Ces végétations, qui peuvent quelquefois disparaître sans traitement avec les progrès de l'âge, doivent être opérées aussitôt que possible. C'est le meilleur mode de traitement, l'extirpation.

Le pronostic est bénin quand les désordres de l'ouïe ne sont pas irrémédiables.

Vu :
Le Président-Censeur,
JAUMES.

Vu bon à imprimer.
Le Doyen,
CASTAN.

Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !